

DE LA
DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE
A LA
CLINIQUE BEAUDELOCQUE

DEPUIS 1897

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 Juillet 1906 à 1 heure

PAR

S. JACOBSON

Président	M. PINARD, professeur.
Juges.	MM. KIRMISSON, professeur.
	BROCA (Aug.), agrégé.
	LEPAGE, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR S. BREITMAN

A MA MÈRE

A MES FRÈRE ET SŒUR

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine. Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine. Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

A l'exemple de Brosset qui a fait la statistique de la délivrance artificielle à la Clinique Baudelocque, depuis 1890 jusqu'à 1896, nous ne nous occuperons que de la délivrance chez les femmes à terme ou près du terme, accouchant spontanément d'enfants vivants ou morts au cours du travail. Avec lui, nous éliminons : 1^o la délivrance artificielle post-abortive ; 2^o la délivrance artificielle chez les femmes ayant accouché d'un fœtus mort pendant la grossesse ; 3^o la délivrance artificielle post-opératoire. En procédant ainsi, nous éliminons tout ce qui peut fausser l'étude de la délivrance artificielle au point de vue de sa sécurité et de son pronostic. En effet, tous les cas que nous éliminons peuvent avoir infecté la femme avant la délivrance et il serait alors bien difficile de délimiter ce qui est dû soit à la délivrance elle-même, soit à l'infection antérieure.

Mais, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier ici nos maîtres dans les hôpitaux.

MM. les docteurs Galleard et Hirtz ont dirigé nos premiers pas en médecine. Ils nous ont appris à voir dans le malade non seulement un sujet d'études, mais un être qui souffre et qui a besoin de toute notre sollicitude. Leurs leçons au lit du malade resteront à jamais gravées dans notre mémoire. Qu'ils veuillent bien recevoir ici nos respectueux remerciements.

MM. les docteurs Halma-Grand, Dufour, Beaurieux, chirurgiens et médecins de l'hôpital d'Orléans, se sont montrés pleins de bienveillance pendant les deux années que nous avons passées à l'hôpital de cette ville. Nous les en remercions bien vivement.

Nous avons suivi pendant trois années l'enseignement de M. le

professeur Berger à la Pitié et à Beaujon. C'est avec reconnaissance que nous nous rappelons le temps passé dans ses services. Nous ne saurions dire cependant ce que nous avons admiré le plus chez ce maître, du chirurgien ou de l'homme dont la sollicitude pour les malades et pour ceux qui l'entourent sont proverbiales.

M. le professeur Pinard nous a fait le grand honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'en accepter la présidence. Ses causeries de tous les jours, ses leçons cliniques du lundi et du vendredi nous ont fait aimer l'art de l'accouchement. Nous avons toujours admiré chez ce maître le sens pratique de son enseignement. La preuve de ce qu'il avançait dans ses leçons nous était journellement apportée par les observations des femmes que nous étions appelé à accoucher. Que de preuves avons-nous eues sur la puériculture intra-utérine ! Que de fois l'avons-nous entendu dire que c'est la société qui est seule coupable de ce que les femmes accouchent d'enfants petits et chétifs. Si, a-t-il dit dans une des leçons à laquelle il nous a été donné d'assister, la société veut avoir des enfants beaux et vigoureux, c'est de la mère qu'elle doit s'occuper tout d'abord : elle doit veiller à ce que la mère soit dans les meilleures conditions pour que le produit de sa conception puisse se développer normalement. C'est dans le repos de la femme pendant toute la période de la grossesse qu'il faut chercher le moyen d'améliorer l'humanité tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Et si, ajoute-t-il, mes efforts dans ce sens ont déjà porté quelques fruits, j'ai la consolation de croire que mes élèves me suivront dans cette voie.

Nous n'y faillirons pas.

HISTORIQUE

Ecrire l'histoire de la délivrance artificielle, c'est écrire celle de la délivrance en général. Si, en effet, les indications de l'intervention manuelle sont actuellement bien posées, il n'en fut pas toujours ainsi. L'intervention était de règle jusque vers le milieu du xix^e siècle et toute la période de la délivrance était tourmentée de procédés artificiels.

Les auteurs divisent l'histoire de la délivrance en quatre périodes :

Première période. — La première période comprend les 15 premiers siècles. C'est l'enfance de l'art. L'extraction forcée du délivre était de règle et aux manœuvres conseillées venaient s'ajouter les remèdes les plus bizarres. Au temps d'Hippocrate, l'enfant restait attaché au cordon. On le plaçait sur une outre remplie d'eau et qui peu à peu se vidait par un petit orifice pratiqué à ses parois. Le cordon était-il rompu ? On suppléait à l'enfant par un poids. A cette période appartiennent les sternutatoires, les efforts de toux que l'on conseillait de faire à la femme pour provoquer l'expulsion du délivre, les fumigations etc. Celse, Aetius, Paul d'Egine, Avicenne, Abuleasis suivent à peu près la même méthode. Il faut pourtant citer à part Soranus d'Ephèse qui, à la suite de l'énumération des médications et des médicaments employés, exprime en quelques mots sa magistrale pensée. Voici comment ce grand médecin methodiste de la fin du premier siècle trace la conduite à suivre : « Si le cordon ombilical est conservé, il faudra confier l'enfant aux mains d'une assistante et enlever le linge qui couvre l'accouchée.

Et chaque fois qu'il faudra introduire la main, elle ira le long du cordon comme guide jusqu'à l'adhérence du placenta ; il faudra, en recommandant à l'accouchée de coopérer à l'opération, introduire la main jusqu'au placenta, la porter légèrement et sans effort tout autour de lui et le détacher sans faire de déchirures. Si l'opération exige un certain temps, il faudra détacher l'enfant et agir comme nous venons de le dire. S'il n'y a pas d'adhérence, il faut également détacher l'enfant. Le cordon qui est pendant devra être saisi et attiré doucement en suspendant la traction quand l'orifice se resserre, en le reprenant quand il s'ouvre de nouveau. Si rien ne proémine, si le cordon a été séparé, arraché du placenta, il faudra introduire la main bien huilée dans l'utérus et si l'adhérence a été rompue et si le chorion s'est enroulé dans l'utérus, il faut le saisir et l'attirer ; si les doigts étendus rencontrent des adhérences, il faut les avancer doucement entre le chorion et la matrice tout à l'entour et les rompre ainsi. Ceux qui, maladroitement, font des tractions directes produisent des inversions utérines. Mais si les secondes ne cèdent pas à des tractions modérées, l'orifice utérin s'étant fermé, ou si une inflammation est survenue, il faut chercher à obtenir la guérison en employant des injections, des cataplasmes appliqués sur les parties et une nourriture douce. Quand l'inflammation aura cessé, ce corps étranger purifié par l'humidité sortira. Il en est de même ici que dans les luxations articulaires dont la réduction ne cède aux tractions que quand l'inflammation a été calmée, à moins toutefois que des racines nées de strumes n'aient fait pousser des racines (adhérences qui les retiennent et que quelques-uns laissent jusqu'à ce qu'elles aient été dissoutes par la putréfaction dans l'humidité). Le chorion dont l'adhérence à la matrice est constituée par des vaisseaux doit être extrait par la force, il ne faut pas espérer le relâchement lorsque la putréfaction a commencé à se faire peu à peu à sa circonférence ».

Deuxième période. — La deuxième période comprend les xvi^e et xvii^e siècles. Ici nous retrouvons encore les moyens médicaux de la période précédente et l'intervention toujours active. La

main est introduite dans l'utérus dès l'expulsion de l'enfant. « La sage-femme, dit Ambroise Paré, doit subitement tirer l'arrière-faix s'il lui est possible, et, s'il est besoin, mettre sa main dans la matrice de la femme, pour l'extraire et mettre hors ». Dans les cas de rétention placentaire, il conseille d'introduire « la main doucement dedans la matrice et prendre ledit chorion et le tissu hors et entier, s'il est possible. Et là où il serait encore adhérent et attaché par la traction desdits veines et artères contre la matrice il faudrait déprimer et séparer sans violence avec les doigts nécessairement et l'extraire hors pour obvier et éviter les accidents ».

Guillemeau met un peu moins de hâte à intervenir. Il conseille d'être « diligent et faire sortir ou tirer sur le placenta sans se précipiter ».

Louise Bourgeois conseille, en même temps que la traction sur le cordon, les frictions de la matrice. Elle pose bien les indications de la délivrance artificielle : « l'une est une perte de sang à la femme, l'autre serait si elle avait des convulsions, et l'autre qu'une fièvre l'eust desseiché et rendu adhérent le placenta ».

L'intervention rapide dans tous les cas est conseillée par *Mauriceau* (1695-1708), mais il précise, lui aussi, les circonstances dans lesquelles la délivrance artificielle doit être pratiquée : la rupture du cordon et l'impuissance des tractions sur cet organe.

Devenir recommande également la délivrance rapide.

C'est *PEU* qui, vers la fin du ^{xvii}e siècle, a commencé à élever la voix contre cette précipitation. « La délivrance de la mère doit se faire avec patience et sans précipitation. Exiger d'elle des efforts considérables est une chose tout à fait condamnable et la source de quantité de maux ». Pour lui, comme pour *Mauriceau*, la rupture du cordon est une indication de la délivrance artificielle.

Dans les cas d'enchâtonnement qu'il a le premier signalés, il conseille d'intervenir de suite de peur que « la bourse ne se referme ».

Portal décrit le manuel opératoire de l'intervention. Il con-

seille de séparer doucement et peu à peu le placenta de la matrice « ce qui se fait de même que quand on sépare la pulpe de l'écorce d'une orange aigre ou de la Chine ». Il recommande de ne rien laisser dans l'utérus, ni placenta, ni membrane. Il décrit bien le mécanisme de l'infection et celui de l'hémorragie par rétention placentaire. Dans les cas ordinaires, il intervient d'une façon moins hâtive et conseille d'attendre avec patience les mouvements de la matrice et de l'aider par des petits lavements doux et anodins. « Ce n'est que quand le délivre ne vient point qu'il est nécessaire de le tirer et de l'aller quérir ».

La réaction commence à se faire sentir en faveur de la méthode expectante qui caractérise la troisième période.

Troisième période. — Elle s'étend du commencement du XVIII^e siècle au commencement du XIX^e.

Puzos s'élève contre le précepte absolu de délivrer la femme aussitôt que l'enfant est sorti et indique bien le danger qui peut résulter de cette intervention hâtive : « L'expulsion du placenta, disait-il, est aussi constamment l'ouvrage de la nature que celle de l'enfant ; il est donc question d'attendre, pour délivrer une femme naturellement et avec douceur, que les douleurs expulsives s'établissent. Dans la confiance où je suis que l'expulsion du placenta est autant l'ouvrage de la nature que le travail qui fait venir l'enfant, puisque les douleurs qui constituent le travail se continuent jusqu'au moment de sa sortie, mon sentiment est qu'on ne doit jamais presser son extraction, tant qu'il n'y a rien qui oblige à la précipiter. Je ne saurais passer à un aussi grand praticien que l'a été Mauriceau, le précepte absolu qu'il donne au premier volume de son *Traité d'accouchements*, de délivrer la femme aussitôt que l'enfant est sorti, dans la crainte, dit-il, que la matrice ne se referme et que le temps de nouer le cordon et de mettre l'enfant en sûreté ne devienne par sa longueur un obstacle au passage du placenta. Tant qu'il reste quelque corps, enfermé dans la matrice, d'un volume tel que le placenta d'un enfant à terme, l'orifice est la partie la plus lente à se resserrer : il est donc possible d'y passer la main *une heure* et plus après la sortie de l'enfant et l'on

doit conséquemment attendre une partie de ce temps l'expulsion naturelle du placenta si aucun accident n'oblige d'en précipiter la sortie.

« Pendant qu'on est occupé à faire les ligatures, la matrice se resserre peu à peu, et son resserrement et sa contraction tendent à décoller le placenta, s'il ne l'est pas ; et s'il l'est, à le chasser du côté de l'orifice et à le mettre, à l'aide de quelques tranchées et de quelques efforts involontaires de la mère, à portée d'être senti avec le doigt introduit dans le vagin. Ce progrès, qui s'est fait sans que l'art s'en soit mêlé, laisse peu de besogne à faire à la personne chargée de tirer le placenta ; on est tout étonné qu'en s'armant du cordon pour le faire venir on le trouve prêt à sortir au moindre effort ; quelquefois même il est chassé pendant cet intervalle par une ou plusieurs tranchées avant qu'on se soit occupé de son extraction. Voilà l'avantage qu'on retire du délai que je préférerais toujours à la rupture qui peut causer la rupture du cordon si le placenta n'est pas encore décollé, et la perte de sang s'il ne l'est qu'en partie ; quelquefois même le renversement de la matrice si le cordon est aussi fort que l'adhérence du placenta est considérable.

« J'avoue que dans le commencement que j'ai pratiqué les accouchements, je suis tombé plusieurs fois dans deux inconvénients opposés l'un à l'autre. D'abord, par timidité pour l'opération (délivrance artificielle), j'agissais si fort et si longtemps sur le cordon que j'en cassais quelquefois. Ensuite, plus expérimenté et moins timide, j'allais peut-être chercher le délivre un peu trop tôt et dès les premières résistances que je sentais. Heureusement ces petites fautes, qui n'ont été suivies d'aucun accident, ont beaucoup servi à m'instruire ; elles m'ont appris à connaître la force ou la faiblesse du cordon ombilical et à attendre une demi-heure et quelquefois une heure l'expulsion du placenta, dans le cas où le cordon avait une force suffisante et quand je n'étais pas gagné par l'abondance du sang ; ou bien à ne pas me fier à sa faiblesse et à prendre le parti d'aller chercher le placenta, après néanmoins avoir laissé agir quelque temps les tranchées naturelles, les efforts volontaires de la

mère et la tension médiocre du cordon. J'ai remarqué en conséquence que depuis longtemps je n'ai pas été obligé, chaque année, de délivrer dix fois par violence ; mais il faut beaucoup d'expérience pour faire cette distinction ».

Mais le représentant le plus autorisé de cette époque fut Ruysch, anatomiste hollandais, qui a annoncé que la délivrance est un acte physiologique et doit être abandonné à la nature. Il combat la pratique de ceux qui l'ont précédé, pratique encore adoptée par nombre de ses contemporains, et déclare qu'en cinquante années il n'a pas été une seule fois dans l'obligation de porter la main à l'utérus.

Son influence en Hollande et à l'étranger fut énorme et nous voyons une belle lutte s'engager entre les partisans de l'Ecole de Hollande et ses adversaires. A la méthode de Ruysch, par trop absolue, puisqu'il n'intervenait pas même si le délivre restait 30 à 40 jours dans la matrice, ses adversaires opposent des règles de l'intervention plus ou moins bien posées. Nous avons vu plus haut que Puzos, après bien des tâtonnements, arrive à des conclusions plus ou moins précises relatives à l'expulsion physiologique du placenta et indique assez nettement les cas où l'intervention s'impose. Cette délimitation entre les cas d'intervention et de non-intervention va en s'accroissant pendant cette troisième période et Rœderer distingue trois séries de cas :

- 1^o Les cas dans lesquels on peut laisser le placenta sortir seul ;
- 2^o Ceux dans lesquels il doit être extrait aussitôt après l'issue du fœtus ;
- 3^o Ceux où le placenta reste longtemps enfermé dans l'utérus.

Deleurye conseille aussi de laisser à la nature le soin d'expulser le placenta et ne pratique la délivrance artificielle que dans les cas où le cordon casse.

Par contre, *Delamotte*, *Mesnard*, *Burtin* et d'autres tenaient encore pour une intervention active et immédiate.

Quoi qu'il en soit, les partisans de l'expectation deviennent de plus en plus nombreux et, avec la connaissance de la physio-

logie de la délivrance naturelle, la délivrance artificielle commence à avoir ses indications assez nettement tranchées.

Sevret, lui aussi, fixe les indications et les règles de la délivrance artificielle et inaugure la *méthode naturelle* qui caractérise la période suivante, pendant laquelle tout le monde s'accorde à laisser à la nature le soin d'expulser le placenta dans les cas ordinaires.

Quatrième période. — Du commencement du xix^e siècle à nos jours. C'est la période de la méthode naturelle : les délivrances hâtives artificielles deviennent de plus en plus rares. Si elle trouve encore quelques défenseurs dans Oslander, d'Outrepoint, Ulsamer, Kilian, Horn, etc., les autres — et les plus nombreux — Boër, Froriey, Wigand, Ficher, Bruch, Baudelocque, Capuron, Dugès, Velpeau, Stoltz se rallient à la méthode naturelle et font des tractions sur le cordon après qu'un temps suffisamment long s'est écoulé depuis la naissance de l'enfant.

Baudelocque décrit d'une façon détaillée le mécanisme de la délivrance, en particulier celui du décollement du placenta, et c'est en s'appuyant sur ces données qu'il précise la conduite à tenir. Les indications de l'intervention manuelle se précisent davantage et, après bien des discussions, l'intervention rapide dans les hémorragies de la délivrance a été posée comme règle de conduite. Petit à petit, les autres indications commencent à se préciser : retard de la délivrance et rétention placentaire. Stoltz, Mordret, Paetseh se déclarent champions résolus de la délivrance artificielle.

Tout semblait marcher à souhait quand, vers 1853, Credé, redoutant l'introduction de la main dans la matrice, préconisa l'expression du placenta par manœuvres externes. Cette méthode — dite de Credé — puisque celui-ci n'a fait que vulgariser le procédé employé déjà par Johnson (1769) — a eu un moment de vogue et d'universalité. Mais ses méfaits ont été plus nombreux que ses avantages. Petit à petit, des critiques sévères commencent à se faire entendre de tous les côtés ; Ahlfeld lui-même renonce bientôt à se servir de cette méthode et en

France, où, introduite par Chantreuil en 1870, elle a fait grand bruit, elle tombe dans l'oubli le plus complet. La délivrance artificielle, reléguée à l'arrière-plan, revient en scène. La nécessité de l'intervention dans le retard de la délivrance se fait de plus en plus impérieuse et Pajol peut dire « que toute femme qui, après être accouchée, a conservé son placenta dans la matrice, est une femme morte. »

La délivrance artificielle devient donc l'intervention de choix dans l'hémorragie, la non-délivrance, la rétention. Mais la lutte ne semble pas terminée entre les partisans de la délivrance artificielle et ses adversaires. Ceux-ci — craignant toujours l'infection par suite de l'introduction de la main dans l'utérus — préconisent tantôt l'expectation, s'il s'agit de rétention sans hémorragie, tantôt l'expression par manœuvres externes. C'est ainsi que Zangemeister, assistant de la Clinique obstétricale et gynécologique de Leipzig, décrit un nouveau procédé d'expression : massage des faces antérieure, postérieure et latérales de la matrice.

En évitant le massage du fond de l'utérus, il n'y aurait pas lieu, d'après le docteur Zangemeister, de craindre de provoquer l'inversion de la matrice. Quoiqu'il en soit, toutes ces méthodes ne semblent pas faites pour prendre le pas sur la délivrance artificielle et nous verrons par la suite que les craintes d'infection que semblent tant redouter les adversaires de cette méthode, sont par trop exagérées. Les statistiques de la mortalité et de la morbidité à la suite de cette intervention le prouvent.

INDICATIONS

Les indications de la délivrance artificielle peuvent être classées en trois groupes :

- 1^o Hémorragie mettant en danger les jours de la mère ;
- 2^o Retard de la délivrance ;
- 3^o Rétention dans la cavité utérine des cotylédons placentaires.

L'hémorragie est la cause la plus fréquente de la délivrance artificielle. Bien souvent c'est pour l'hémorragie que l'accoucheur intervient dans les deux autres ordres de faits : la rétention des cotylédons placentaires se traduit par une hémorragie souvent très abondante et réclame l'intervention.

A. *Hémorragie.* — On dit qu'il y a hémorragie de la délivrance quand l'écoulement sanguin physiologique par son abondance devient pathologique et menace la santé de la femme. Mais que faut-il entendre par écoulement physiologique et quelle est la quantité de sang qu'on peut considérer comme physiologique ? Les différents auteurs donnent des chiffres différents qui varient de 482 gr. à 700 gr. C'est ainsi qu'Ahlfeld donne 482 gr., Tarnier 700 gr., M. le professeur Pinard donne la moyenne de 500 gr. Ces différences, bien que faibles, nous semblent démontrer qu'il ne suffit pas, pour diagnostiquer l'hémorragie pathologique, de se fonder exclusivement sur la quantité de sang.

Ces hémorragies se présentent sous deux formes : ou bien le sang est retenu dans la cavité de l'utérus par le placenta décollé et ne s'écoule pas au dehors — cela arrive quand le

placenta se présente normalement par sa face fœtale — et l'hémorragie est dite interne, ou bien l'hémorragie est dite externe quand le sang s'écoule au dehors par le vagin et la vulve, le placenta se présentant le plus souvent par sa face utérine ou par son bord, ce qui permet au sang de filtrer entre l'œuf et la paroi.

La cause la plus importante de l'hémorragie est l'*inertie* utérine. En effet, à l'état normal, deux grands phénomènes dirigent le décollement physiologique du placenta : la *contractilité* qui se manifeste pendant le dernier tiers de la grossesse, pendant l'accouchement et la délivrance, et la *rétractilité* en vertu de laquelle les fibres musculaires tendent constamment à revenir sur elles-mêmes, à mesure que l'utérus se vide ; c'est grâce à cette rétractilité que le placenta se décolle et les vaisseaux béants se ferment et restent clos. Voilà pourquoi l'écoulement sanguin est si peu abondant dans les cas normaux. Si, au contraire, le placenta commence à se détacher ou si le décollement est complet, le corps de l'utérus restant flasque et inerte, l'hémorragie sera d'autant plus grave que la surface vasculaire est plus étendue. L'inertie utérine, partielle ou totale, est donc un des facteurs les plus redoutables de l'hémorragie de la délivrance. Quelles sont les causes de l'inertie utérine ? Les anciens invoquaient le défaut d'incitation nerveuse de l'utérus. Mais les causes principales sont : l'affaiblissement des contractions utérines, sous l'influence de la fatigue qu'amène la longueur du travail, ou bien une distension excessive de la matrice, comme dans l'hydramnios, grossesses gemellaires, etc.

Une des causes de la longueur du travail et, par suite, de l'hémorragie, est l'excès du volume du fœtus. MM. Gueniot et Pierrat ont fait à ce sujet une communication au congrès d'obstétrique de 1904. D'après leurs recherches à la clinique Tarnier pour les années 1901, 1902 et 1903, il y a eu 49 hémorragies de la délivrance sur 437 enfants pesant plus de 3.800 gr., ce qui fait une proportion de 11,2 0/0, alors que cette proportion n'est que de 3 0/0 pour les enfants au-dessous de ce poids.

Dans nos observations nous trouvons 11 cas d'hémorragies,

les enfants pesant plus de 3.800 kg., ce qui donne une proportion de 12,2 0/0 sur le nombre total de délivrances.

Dans l'hémorragie interne, le sang ne pouvant pas se frayer un passage au dehors, l'utérus devient volumineux et mou. En pratiquant l'expression on fait sortir par la vulve une quantité plus ou moins grande de sang en partie coagulé ; mais l'utérus ne tarde pas à se laisser distendre à nouveau.

Le volume de l'organe augmente sensiblement dans tous les sens, le fond peut s'élever au-dessus de l'ombilic et ses dimensions reprendre à peu près l'étendue qu'elles avaient dans les derniers mois de la grossesse.

M. le professeur Pinard insiste beaucoup sur la signification de cette ascension brusque de l'utérus. Cette ascension, qui normalement n'est que de 3 ou 4 centimètres après l'expulsion de l'enfant, doit éveiller l'attention de l'accoucheur si elle dépasse 5 centimètres. L'ascension excessive de l'utérus, sa mollesse, l'absence de ce que M. le professeur Pinard a si heureusement dénommé « *globe de sûreté* » tels sont les signes qui doivent faire penser à la possibilité de l'hémorragie. — Les troubles objectifs, communs à toutes les hémorragies : troubles de la vue, auditifs, tendances syncopales, décoloration des lèvres, *accélération du pouls*, confirment le diagnostic de l'hémorragie. Ce diagnostic s'impose quand ces troubles coïncident avec l'hémorragie externe ou avec l'hémorragie mixte, c'est à dire à la fois externe et interne. En présence d'une hémorragie, l'accoucheur doit-il intervenir immédiatement, doit-il procéder à la délivrance artificielle sans essayer d'autres moyens ? Assurément non. Nous avons vu que la quantité de sang peut être très variable, on ne peut donc pas se fonder exclusivement sur elle pour intervenir. L'ascension brusque de l'utérus, l'absence du globe de sûreté, ont une importance beaucoup plus grande, mais même dans ce cas on tâchera d'abord de réveiller la contraction utérine par des moyens ordinaires : injections vaginales chaudes, frictions utérines. L'hémorragie de la délivrance atteint en effet rarement une intensité extraordinaire telle qu'on soit obligé d'intervenir sans perdre une minute.

Dans certains cas, cette forme d'hémorragie résulte d'une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon ou est la conséquence d'une mauvaise conduite pendant la délivrance : — tractions sur le cordon, expression suivant la méthode dite de Credé. Dans le cas ordinaire, l'accoucheur a presque toujours le temps d'essayer les moyens que nous venons d'indiquer. Ce n'est que lorsque ces moyens échouent qu'il faut procéder à la délivrance artificielle et le guide le plus sûr dans ce cas est l'état du pouls que l'accoucheur ne doit jamais perdre de vue. « C'est, dit Leroux, la boussole qu'il doit toujours consulter et qui doit le diriger ». Dès que le pouls atteint ou dépasse 100 pulsations à la minute et qu'il persiste à ce nombre, il faut intervenir et pratiquer la délivrance artificielle si les signes du décollement font défaut. Le sérum artificiel sera d'un grand secours comme dans toutes les hémorragies abondantes. En présence d'une femme qui a une hémorragie, l'accoucheur ne doit pas oublier ce précieux auxiliaire et il doit la faire bénéficier de cette heureuse pratique qui, avec l'injection très chaude, fait souvent des « cures miraculeuses ».

B. — *Retard de la délivrance.* — Si la délivrance peut, dans l'immense majorité des cas, s'accomplir, comme l'accouchement, spontanément et par les seules forces de la nature au bout d'un certain temps, il y a des cas dans lesquels elle ne se fait pas d'elle-même et force l'accoucheur à intervenir. La longue durée de la période de la délivrance est la cause de l'intervention dans 17 0/0 des cas de Teratine dans sa statistique de la clinique de Kharkoff ; dans 18 0/0 des cas de Brosset, dans notre statistique nous arrivons à un chiffre un peu plus élevé de 20 0/0. Nous relevons en effet 18 cas sur 90 de la non délivrance au bout d'une heure.

Sans vouloir entrer dans les détails du mécanisme de la délivrance physiologique, nous dirons seulement que le décollement du placenta est préparé par la rétraction de l'utérus, puis effectué par la contraction utérine. C'est le premier temps de la délivrance physiologique qui se manifeste par certains signes et que l'accoucheur doit savoir diagnostiquer.

Les deux meilleurs moyens d'investigation sont le palper et le toucher. La modification du cordon qui devient flasque et décoloré est un signe qui a beaucoup moins de valeur que ceux fournis par l'examen direct. On peut présumer que le placenta ne se décolle pas lorsque le cordon tendu par la main, semble remonter aussitôt qu'elle le quitte, lorsque l'autre main, placée en même temps sur le fond de l'utérus, s'assure que cet organe est entraîné par le cordon et remonte avec lui aussitôt que l'on cesse les tractions (Devilliers). Hâtons-nous de dire que ces tractions doivent être tout à fait modérées et qu'il est préférable de recourir au palper et au toucher. Par le palper on constate que l'utérus est très dur et que son fond a subi un mouvement ascensionnel étendu de 3 à 4 centimètres. Ce mouvement d'ascension est très important à constater, car il est la preuve certaine que le placenta est décollé. Cette preuve va être corroborée par le toucher. Le doigt rencontre le placenta plus ou moins haut suivant les divers temps de la délivrance. En prenant le cordon comme fil conducteur, il cherche à atteindre son insertion sur le placenta. S'il y arrive facilement le placenta est décollé. Il est encore décollé lorsque le doigt, sans arriver sur l'insertion du cordon, sent au niveau de l'orifice interne du col un bord du placenta adjacent au cordon. Si le doigt ne rencontre rien, le placenta n'est pas décollé. Quelles sont les causes de cette non délivrance et dans quels cas l'accoucheur doit-il intervenir ? Le décollement du placenta se fait en général dans la demi-heure qui suit la sortie de l'enfant. Si au bout de ce temps le décollement ne se fait pas, l'accoucheur doit songer aux deux causes suivantes : *inertie* utérine et adhérence anormale du placenta.

a) *Inertie utérine*. — La fibre utérine peut devenir inerte soit au cours même du travail, soit seulement après la sortie de l'enfant : c'est l'inertie propre à la délivrance. Toute cause de surmenage pour le muscle utérin peut, par ce fait même, en amener consécutivement l'inertie. C'est dire que cet accident s'observera surtout à la suite d'un travail long et laborieux. Il en est de même quand la matrice a subi une distension exagérée (hydramnios, grossesses multiples). Il peut s'agir également d'une

mauvaise qualité des tissus (fibromes, albuminurie, cardiopathie, tuberculose). Dans ces cas, au lieu de trouver par la palpation abdominale le corps de l'utérus fortement rétracté, donnant la sensation d'un globe dur perçu au-dessus du pubis (*globe de sûreté*), la main ne délimite qu'avec peine une masse molle, flasque et dépressible. Le fond de la matrice peut ne pas être perçu, ou bien on le trouve très élevé. Si à l'aide d'excitations extérieures on parvient à faire naître quelques contractions, sitôt celles-ci terminées, l'utérus redevient mou, difficile à limiter. Le doigt introduit dans le vagin ne rencontre nulle part le placenta. Il faut savoir opposer une thérapeutique active à cet accident.

Le mieux est d'avoir recours, dans ce but, aux frictions exercées avec la paume de la main sur l'abdomen au niveau de l'utérus, frictions qui doivent être douces, mais continues. *D'une façon générale, la main ne doit jamais quitter le globe utérin tant que celui-ci n'est pas rétracté d'une façon permanente.* Si l'inertie ne cesse pas, on aura recours aux injections chaudes à 48°. Si au bout d'une heure à deux heures, et malgré tous ces moyens, le placenta ne se décolle pas, l'accoucheur doit pratiquer la délivrance artificielle. Cette intervention peut être encore hâtée par un autre facteur d'une importance capitale : nous voulons parler de l'hémorragie. Si le placenta est en partie décollé, les sinus deviennent béants et l'hémorragie sera d'autant plus forte que l'inertie utérine est plus prononcée.

b) *Adhérences du placenta.* — Un muscle utérin, même en se contractant normalement, peut être incapable de décoller un placenta trop adhérent à la muqueuse.

Ces adhérences anormales peuvent être dues : α) à une altération du placenta (placenta syphilitique, dégénérescence fibrograisseuse, albuminurie) ; β) à une altération de la paroi utérine : endométrite déciduale, fibrome sous-jacent, etc.

Ces deux causes peuvent être réunies dans un même cas. Souvent il y a eu des hémorragies au cours de la grossesse, l'accouchement terminé, on constate, par le toucher, que le placenta n'est pas accessible ; en tirant légèrement sur le cor-

don, on voit que l'utérus s'abaisse en même temps. Si l'adhérence n'est que partielle, l'hémorragie peut s'observer, ce qui force l'accoucheur d'intervenir plus tôt. La seule intervention dans les cas d'adhérence du placenta, totale ou partielle, est la délivrance artificielle, car il faut bien se garder de toute traction sur le cordon dont le seul résultat serait de déterminer une inversion utérine. Une fois le diagnostic fait, il faut pratiquer la délivrance ; mais l'accoucheur ne doit pas méconnaître que dans les cas d'adhérence, cette opération est souvent pénible, laborieuse et pleine de surprises ; il faut quelquefois sculpter en quelque sorte le délivre pour le détacher de la paroi utérine avec laquelle il fait corps étroitement.

Il y a encore un cas dans lequel l'accoucheur peut être appelé à intervenir : nous voulons parler de la contracture de l'utérus et de l'enchatonnement du placenta. Cette contracture peut être limitée au col de l'utérus et ne pas permettre même l'introduction d'un doigt. Mais cette variété est rare. Les contractures les plus intéressantes sont celles qui frappent une région limitée du corps utérin ou bien l'utérus tout entier. Dans le premier cas, la contracture est généralement limitée au pourtour de l'insertion placentaire, tandis que la paroi répondant à cette région même, moins riche en éléments musculaires, se rétracte moins et semble faire hernie à l'extérieur. On dit alors qu'il y a *enchatonnement* du placenta. Le corps de l'utérus est divisé en deux parties : la cavité utérine proprement dite, et une arrière-cavité plus ou moins spacieuse, semblant, à cause de la minceur de sa paroi, creusée dans le muscle même ; à la matrice est ainsi annexée une *arrière-boutique* suivant l'expression pittoresque des anciens. Les deux loges communiquent entre elles par un orifice qui, dans certains cas, peut être extrêmement étroit.

Dans les cas qui sont devenus heureusement plus rares depuis qu'on a reconnu l'action néfaste de l'ergot de seigle sur l'utérus non encore vide de son contenu, l'utérus peut être tétanisé en totalité. Le palper permet de reconnaître la dureté exceptionnelle du globe utérin. Que faut-il faire dans des cas pareils ?

Après avoir essayé de lutter contre la contracture par le traitement approprié (morphine, chloral), il faut procéder à la délivrance artificielle, si malgré ce traitement la situation ne se modifie pas. Nous indiquons dans le *Manuel opératoire* la conduite à suivre dans ces cas.

C. *Rétention dans la cavité utérine des cotylédons placentaires.* — La délivrance opérée par un mode naturel, artificiel ou mixte, peut se faire incomplètement : il y a alors rétention d'une partie du placenta ou des membranes. Celles-ci peuvent être retenues en totalité ; le placenta sort alors *découronné*, ou en partie seulement ; dans ce cas, on s'aperçoit, quand on tente de reconstituer le sac membraneux, qu'il en manque un lambeau plus ou moins étendu.

L'expression utérine pratiquée à la façon allemande, c'est-à-dire pendant les contractions utérines, et surtout la méthode dite de Crédé, expose non seulement à la rétention des membranes, mais à celle d'une portion du placenta. Mais cette rétention peut s'observer même dans la délivrance la mieux conduite. Un des accidents les plus graves de cette rétention d'une partie du placenta est l'hémorragie souvent tellement abondante qu'elle peut entraîner la mort de la femme si l'accoucheur n'intervient pas. Toute l'attention de l'accoucheur après la délivrance, soit naturelle, soit artificielle, doit être portée sur l'examen du placenta. Un cotylédon a pu rester en entier dans la matrice, il existe alors une brèche dans le gâteau placentaire bien apparente quand on examine l'organe après l'avoir posé à plat. Un cotylédon accessoire a pu se détacher de la masse placentaire ; le fait est quelquefois difficile à reconnaître ; l'attention peut cependant être attirée par l'aspect dépoli des membranes dans la zone correspondante au cotylédon absent. Quand il s'agit d'un cotylédon *succenturié* plus ou moins distant de la masse principale, on peut voir, en regardant par transparence les membranes bien étalées, des vaisseaux partir du placenta, courir dans l'épaisseur du chorion, et s'arrêter brusquement au niveau de la déchirure des membranes comme s'ils étaient coupés au scalpel. Ces vaisseaux se rendaient au cotylédon absent.

Ce signe, indiqué par Tarnier dès 1882, n'existe pas toujours, malheureusement : il peut manquer dans certains cas de rétraction cotylédonnaire. La rétention une fois diagnostiquée, d'après les signes que nous venons de donner, toute hésitation n'est plus permise ; l'accoucheur doit introduire la main dans l'utérus pour le débarrasser de ces cotylédons. Les observations abondent qui démontrent le danger de cette rétention pouvant entraîner la mort de la femme par suite de l'hémorragie.

MANUEL OPÉRATOIRE

« L'accouchée, dit Varnier dans son merveilleux livre *Obstétrique journalière*, est une blessée : il la faut donc protéger dans les cas les plus simples comme dans les plus compliqués contre l'infection qui la guette ». « La plupart des échecs de la délivrance artificielle pour hémorragie tiennent, disait-il, à ce que perdant la tête le praticien intervient *ex abrupto* avec une main non aseptisée ».

Le premier soin de l'accoucheur appelé par les circonstances à faire la délivrance artificielle sera l'antisepsie rigoureuse de ses mains, des organes génitaux de la femme. Malheureusement les meilleurs procédés de désinfection des mains ne sauraient en réaliser l'asepsie absolue. Nous empruntons à M. Varnier le procédé le meilleur pour obtenir l'asepsie aussi rigoureuse que possible des mains :

« Pour purifier les mains, suspectes ou non, il faut outre un brossage et un lavage prolongés, toute une série de moyens que nous allons résumer et qui doivent porter en même temps sur les avant-bras et la région du coude : 1° Les ongles seront coupés très courts, de façon à rendre très accessibles à l'action de la lime et de la brosse et des antiseptiques les poussières qui s'accumulent sous leur extrémité libre, refuge par excellence des microbes (comme l'ont prouvé les expériences de Furbringer). 2° Cela fait et pendant cinq minutes dans l'eau très chaude : a) savonnage au savon ordinaire, b) brossage — en insistant particulièrement sur les extrémités unguéales et les espaces interdigitaux — avec une brosse à ongles neuve, et maintenue en permanence dans une solution de sublimé à 1 p. 1.000 ou de bi-iodure à 1 p. 2.000. Ce

savonnage et ce brossage *prolongés* constituent le temps le plus important de la désinfection de la peau. Ils ont pour effet de débarrasser mécaniquement l'épiderme de ses couches superficielles, les plus riches en microbes, et de rendre la peau plus sensible à l'action de l'antiseptique en faisant disparaître, en grande partie, la couche des matières grasses formant vernis imperméable.

« 3° Sans désemperer, et pour dissoudre le reste des matières grasses, lavage pendant *une minute* dans l'alcool à 80°.

« 4° Enfin, immersion et brossage, pendant *une minute au moins* dans une solution au sublimé à 1 pour 1.000 ou de bi-iodure à 1 pour 2.000 qui va pouvoir imbibber l'épiderme débarrassé de son vernis par les manœuvres précédentes.

« La pratique a montré que bien qu'imparfaite absolument parlant, en ce sens qu'un bon microbiologiste y peut encore trouver quelques germes à cultiver, *cette stérilisation des mains est suffisante au point de vue prophylactique* ».

Nous avons tenu à citer tout au long ce chapitre sur la désinfection, car c'est de cette désinfection que dépend le pronostic pour la femme.

Si la délivrance artificielle a eu et a encore des adversaires qui préfèrent recourir à d'autres procédés, c'est qu'ils redoutaient et redoutent la possibilité de l'infection de la femme à la suite de l'introduction de la main dans la cavité utérine. Avec nos connaissances actuelles sur l'asepsie et l'antisepsie nous sommes suffisamment armés pour éviter l'infection et la morbidité, dans une intervention aussi sérieuse que la délivrance artificielle, devient de plus en plus faible. Il est seulement à souhaiter qu'on ne puisse plus dire avec M. le professeur Bouchard qu'« il est encore beaucoup de médecins ralliés à l'antisepsie par bien-séance plus que par conviction, qui ne s'acquittent de ce devoir que comme d'un vain cérémonial ; ils purifient leurs mains avant l'opération, comme on fait les ablutions lustrales à la porte de nos églises. »

Une question intéressante a été débattue ces dernières années à l'étranger : nous voulons parler de l'emploi des gants de caout-

chouc. Introduits en obstétrique par Dæderlein et à peu près délaissés dans les cas ordinaires, ils ont de nouveau été remis en honneur par Baisch qui a préconisé leur emploi dans la délivrance artificielle se basant sur une statistique personnelle très favorable. D'après lui la morbidité après l'intervention manuelle diminue en grande proportion avec l'emploi des gants de caoutchouc. Ahlfeld s'élève contre cette assertion et déclare que l'emploi des gants ne lui a donné aucun avantage au point de vue de la morbidité après la délivrance artificielle. Il arrive à cette conclusion que l'emploi des gants est tout au moins sans grande utilité.

Des études très intéressantes ont été faites en Russie à ce sujet. C'est ainsi que le Dr Sitzenski après avoir expérimenté les gants de caoutchouc dans les accouchements à la Clinique Impériale de Saint-Petersbourg arrive à cette conclusion que les gants n'auront jamais une grande utilité pratique. Le Dr Raschke reprenant les expériences de Sitzenski arrive à des conclusions très curieuses. Ces expériences ont été faites à la clinique du professeur Winckel de Munich qui a chargé l'auteur de donner ces conclusions sur l'emploi des gants de caoutchouc en obstétrique en général. L'expérience porte sur 1.200 femmes divisées en deux catégories A et B. Toutes les interventions telles que, forceps, version, extraction, délivrance artificielle etc. ont été faites avec des gants dans la série A et sans gants dans la série B. Après avoir montré dans un tableau que les causes de l'intervention chez les femmes de la série A et chez celles de la série B étaient sensiblement les mêmes, il arrive à constater que tandis que dans la série A il y avait 13,7 0/0 des femmes fébricitantes, il n'y avait que 11,8 0/0 dans la série B. Sans vouloir, se basant sur cette statistique défavorable, incriminer l'emploi des gants de caoutchouc, l'auteur conclut qu'il est impossible de se rallier à l'opinion du professeur Dæderlein, exprimée par lui au VIII^e Congrès de Gynécologie que la main nue est la seule cause de l'infection et que cette infection peut être évitée par l'emploi des gants de caoutchouc.

En France, le gant de caoutchouc, employé souvent en gyné-

cologie ne l'est presque jamais dans les interventions obstétricales. M. le professeur Pinard les proscriit absolument dans la délivrance artificielle.

Antisepsie de la femme. L'antisepsie de la femme a une importance de premier ordre dans toutes les interventions obstétricales en général et dans la délivrance artificielle en particulier. Les recherches de Krœnig et d'autres ont montré la richesse des organes génitaux externes de la femme en différents microbes, streptocoques, staphylocoques, colibacilles, gonocoques, etc. qui y vivent à l'état de saprophytes. D'où cette crainte bien légitime d'introduire dans l'utérus ces différents microbes au cours de l'intervention manuelle.

C'est en partant de cette idée d'infection possible et pour remédier à ce danger que Otto Burckhardt a proposé l'emploi d'un spéculum qu'il a appelé spéculum de la délivrance et qui empêche le contact des mains avec les parois vaginales. Sans aller jusque-là on peut par une antisepsie rigoureuse réduire au minimum le danger de l'infection. Cette antisepsie se fait de la manière suivante : 1° raser avec soin les poils des organes génitaux externes — précaution indispensable pour éviter que les poils entraînés par la main ne contaminent cette dernière ou le vagin — ; 2° savonner à l'eau chaude et frotter en même temps à la main ou avec un tampon d'ouate aseptique la vulve et ses approches : mont de Vénus, faces internes des cuisses, plis inguinaux, en s'appliquant à pénétrer au fond des replis de la vulve.

3° Rincer à l'eau chaude pour enlever le savon ;

4° Laver à l'alcool pour dissoudre le sébum ;

5° Laver au bi-iodure à 1 p. 4.000.

Cette désinfection externe faite, il est indispensable de faire celle du vagin. Une injection vaginale de bi-iodure de mercure à 1 p. 4.000 au cours de laquelle il est bon de frotter les parois du vagin avec un ou deux doigts introduits avec la canule.

De nombreuses discussions ont eu lieu, relatives à la posture à donner à la femme pour faire la délivrance artificielle. Tout le monde est aujourd'hui d'accord que la femme doit être mise en position obstétricale, exception faite peut-être pour les cas

d'hémorragie très abondante pendant laquelle le déplacement de la femme, si minime qu'il soit, est toujours dangereux. Deux aides se chargent d'opérer le déplacement de la femme : l'un saisit les cuisses, l'autre les bras à la racine des épaules et, agissant d'un commun accord dans des directions opposées, amènent la région périnéale au ras du bord du lit tandis que la tête repose basse sur l'autre extrémité du diamètre transverse du plan du lit. Les membres inférieurs sont relevés et maintenus par deux aides qui s'effacent le plus possible en dehors des cuisses écartées de la femme, de façon à laisser l'opérateur agir à son aise.

La question d'anesthésie a également son importance. Un certain nombre d'accoucheurs ne donnent jamais le chloroforme pour pratiquer cette opération. Si l'anémie est extrême, si la femme perd brusquement une grande quantité de sang, l'anesthésie est évidemment impraticable. Dans les autres cas, M. Budin est partisan de l'anesthésie, surtout dans les cas de rétention placentaire par spasme de l'utérus. M. Maygrier croit l'éther beaucoup moins dangereux que le chloroforme chez les femmes qui ont perdu du sang, mais son emploi le soir est dangereux à cause de son inflammabilité. A la clinique Baudelocque on s'abstient toujours du chloroforme dans la délivrance pour hémorragie. Dans les cas d'adhérences anormales du placenta ou de sa rétention dans l'utérus par une contracture anormale de cet organe, le chloroforme est toujours donné à la clinique Baudelocque pour faciliter les manœuvres souvent pénibles pour la femme.

Les soins préliminaires pris, la femme mise en position obstétricale, endormie ou non suivant les cas, quel est le procédé à suivre pour faire la délivrance artificielle ? Il faut savoir que la délivrance artificielle est un acte opératoire fertile en incidents, d'une exécution un peu différente selon les cas et qui doit être décrit pour chacun d'eux.

Avec Brosset, nous distinguerons les cas de la délivrance artificielle facile et les cas qui offrent des difficultés parfois très grandes dues soit à l'adhérence anormale du placenta, soit à sa

réten tion dans l'utérus par une contracture anormale de cet organe.

A. Délivrance artificielle facile. — C'est celle, en général, qui est commandée par l'hémorragie après l'expulsion de l'enfant. L'abondance de la perte indique en effet qu'il existe déjà un décollement du placenta ; de plus, l'inertie concomitante favorise les manœuvres intra-utérines.

Quelle est la main qui doit être introduite ?

Comme il est impossible de savoir préalablement l'endroit exact de l'insertion du placenta, le choix de la main devient difficile. Varnier indique la « main gauche pour décoller le placenta inséré sur la paroi droite et attaqué par en bas ou inséré sur la paroi gauche et attaqué par en haut ; et la main droite pour le placenta inséré sur la paroi droite et attaqué par en haut ou inséré sur la paroi gauche et attaqué par en bas ».

C'est généralement la main droite bien aseptisée et enduite de vaseline qui est introduite dans l'utérus.

La question, longtemps débattue, à savoir s'il faut pénétrer à l'intérieur de l'œuf, comme l'a enseigné Hildebrandt, ou en dehors de lui, ne semble pas être résolue d'une façon définitive dans l'un ou dans l'autre sens. Si Hildebrandt conseille de pénétrer à l'intérieur de l'œuf pour éviter ainsi les chances de l'infection et les risques de léser la paroi utérine, on objecte à sa méthode que les membranes dont la main est coiffée gênent son action. « Je suis convaincu, dit Varnier, que le gant membraneux, s'il n'a pas d'avantages sérieux, a des inconvénients certains ».

D'autre part, il n'est pas toujours facile, comme le conseillent Tarnier et Budin, de pénétrer dans l'utérus en passant en dehors de l'œuf ; cette voie offre parfois de très grandes difficultés quand les membranes sont encore adhérentes. Varnier déclare que ces discussions n'ont aucun intérêt pratique. Le mieux est d'entrer au hasard de pénétration. « Si le hasard de pénétration vous a ganté des membranes, sachez-bien que vous ne commencerez à travailler utilement que quand vous aurez

déchiré, percé votre gant, et que la pulpe de vos doigts sera redevenue libre et sentante. »

La main ayant pénétré dans l'utérus et reconnu le placenta, elle doit pratiquer son décollement. Dans le cas où le décollement est déjà commencé, tous les auteurs conseillent de continuer le décollement par ce point. Le placenta doit être séparé avec la plus grande lenteur et les plus grands ménagements pour la paroi utérine que surveille du dehors et pousse à la rencontre la main libre solidement appuyée sur le ventre. Si la main est fatiguée, il ne faut pas hésiter à la retirer et à lui substituer l'autre après l'avoir aseptisé. Une seule chose doit préoccuper l'acconcheur, c'est de ne pas essayer de tirer sur le placenta avant d'être sûr qu'il est entièrement décollé. En tirant sur le placenta incomplètement décollé on peut provoquer l'inversion utérine. « Il faut, dit Varnier, *se laisser chasser de l'utérus* par une contraction et recevoir, dans la main étendue et non fermée, l'arrière-faix qui va glisser de là sur la face palmaire de l'avant-bras et apparaître au dehors ».

Comment faut-il pratiquer le décollement ? M. le professeur Budin conseille le bord cubital de la main pour décoller le placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus, le bord radial lorsqu'il siège sur la face antérieure, enfin l'extrémité des doigts tenus rapprochés et fléchis en crochet lorsque le placenta se trouve au fond de l'utérus. En pratique, ces trois procédés sont employés indistinctement : un décollement commencé par le bord cubital peut être continué et terminé par le bord radial de la main ou par les extrémités des doigts rapprochés.

Dans les cas d'adhérence totale du placenta, il faut commencer le décollement par un bord en cherchant à insinuer le bord ou l'extrémité des doigts entre le placenta et l'utérus. Ce décollement se poursuit d'une façon lente et méthodique comme dans le premier cas. Si, chemin faisant, on rencontre des tractus résistants et comme fibreux, il faut les écraser, les tordre ; s'ils tiennent trop fort, il faut chercher à en détacher le placenta plutôt qu'à les séparer de la paroi utérine.

L'opération achevée, le placenta chassé de l'utérus par une

contraction et non tiré, il faut s'assurer si la délivrance a été complète. Le placenta est souvent si déchiqueté qu'il est difficile de savoir s'il est ou non complet. Le meilleur moyen de s'assurer si la délivrance a été complète, c'est de réintroduire une dernière fois la main toute entière : « qu'elle ne laisse inexploré aucun coin ni recoin de la cavité utérine ; surtout qu'elle fouille bien les cornes, gratte doucement partout, faisant une sorte de curettage qui manquera rarement de libérer quelques débris membraneux » (Varnier).

Délivrance artificielle difficile. — La délivrance artificielle offre de sérieuses difficultés dans les deux cas suivants :

1^o L'adhérence anormale du placenta ;

2^o La rétention dans l'utérus par une contracture anormale de l'utérus.

Adhérence anormale du placenta. — Ces faits sont bien rares. Sous l'action de causes qui ne sont pas encore bien déterminées, le placenta en totalité ou en partie contracte des adhérences pathologiques telles que le décollement digital est impossible et que, même à l'autopsie (cas de Pajot), il est impossible de détacher les parties restées adhérentes.

Smellée, Levret, Desormeaux, Dubois, ont cité des cas d'adhérences assez intimes pour être forcés de laisser subsister dans l'utérus des portions considérables du placenta qu'ils ne pouvaient décoller. Quelle doit être la conduite à suivre si un cas pareil se présente ? Smellée conseillait, après avoir détruit les adhérences sur tous les points où elles ne sont pas trop intimes, de déchirer tout ce qu'on a pu décoller et d'abandonner le reste aux sources de la nature. L'opération est toujours longue et difficile ; la main est obligée d'opérer en plein tissu placentaire et la perforation utérine est à craindre. Les suites de cette opération comportent presque toujours des accidents difficiles à combattre et Varnier conseille de faire le curettage instrumental de la surface d'insertion placentaire, chaque fois qu'après quelques heures d'irrigation continue, la température ne s'abaisse pas. Enfin, dans les cas très difficiles, quand les

autres moyens ont échoué, l'opération de Porro est la ressource suprême. Pajot lui-même si prudent et conservateur, l'a conseillée dans un cas.

Rétention du placenta dans l'utérus par une contracture. — Les cas de rétention du placenta dans l'utérus par une contracture sont devenus beaucoup moins fréquents depuis qu'on connaît bien le mécanisme de la délivrance et l'action néfaste qu'exerce l'ergot de seigle sur la matrice quand elle n'est pas complètement vidée de son contenu. Ce sont en effet ces deux facteurs, l'ignorance du mécanisme de l'accouchement et l'administration intempestive de l'ergot de seigle, qui sont la cause la plus fréquente de rétention placentaire par contracture utérine. On éprouve alors les plus grandes difficultés pour vaincre cette contracture.

Les anciens accoucheurs, Hamilton entre autres, conseillaient la teinture d'opium et le laudanum de Sydenham en injections, en lavements et en onctions sur l'hypogastre ; P. Dubois employait l'extrait sec de belladone en frictions sur le col. Actuellement c'est à la dilatation qu'on a recours, dilatation manuelle d'abord et, en cas d'insuccès, dilatation instrumentale.

La dilatation manuelle se fait de la manière suivante : la main gauche appliquée fortement sur la paroi abdominale afin de maintenir l'utérus ; la droite engage d'abord un ou deux doigts avec lesquels elle tente de dilater l'orifice. Au bout d'un certain temps, l'orifice suffisamment élargi laisse passer encore un doigt. On place alors la main en cône et en lui imprimant des petits mouvements de rotation sur son axe on arrive à dilater complètement l'orifice ; la main tout entière pénètre dans la cavité utérine et la délivrance se fait d'après les règles que nous avons indiquées plus haut.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Il y a des cas où malgré tous les efforts le doigt n'arrive pas à dilater l'orifice et où il faut recourir à la dilatation instrumentale. C'est de préférence le ballon Champetier qui est employé dans ces cas à cause de sa rigidité. Ce ballon opère progressivement la dilatation. Sa présence fait naître dans l'utérus des contractions qui tendent à

le chasser en pressant sur le col qui s'entr'ouvre peu à peu et lui livre passage. L'introduction du ballon est généralement facile, car son introduction ne nécessite pas un orifice bien grand ; si on éprouve quelques difficultés pour son introduction, la bougie d'Hégar peut rendre des services en amorçant la dilatation.

Chassé de l'utérus par une contraction, le ballon est suivi du placenta si son décollement a eu lieu ; dans le cas contraire, la dilatation étant suffisante, on introduit la main dans la matrice et on va à la recherche du placenta qu'on décolle et qu'on extrait.

Une portion de l'utérus, à l'exclusion du col, peut se contracter fortement sur le placenta, lui former une loge, l'emprisonner. On dit alors que le placenta est enchatonné. Cet enchatonnement doit être traité comme une contraction totale de l'utérus : dilatation manuelle ou instrumentale au besoin, par le ballon Champetier.

La délivrance faite, les soins consécutifs se résument en injection intra-utérine de biiodure de mercure à 1 p. 4.000. Cette injection, très chaude, sera abondante : 10-12 litres. L'asepsie de la cavité utérine sera ainsi assurée. Ces précautions post-opératoires, ainsi que celles que l'accoucheur doit prendre pour délivrer la femme, permettent d'éviter les chances d'infection.

Nous verrons dans notre étude statistique que, grâce à toutes ces précautions, la morbidité après la délivrance artificielle a notablement diminué. L'injection très chaude a encore un autre avantage d'une importance capitale : ayant la propriété de stimuler la contraction utérine, c'est une arme puissante entre les mains de l'accoucheur contre les hémorragies après la délivrance et nombreuses sont les femmes qui doivent leur salut à cette injection bienfaisante.

FRÉQUENCE

Nous résumons dans le tableau suivant les statistiques des différentes villes d'Europe relatives à la délivrance artificielle :

	Nombre d'accouchements	Nombre de délivrances artificielles	0/0
Cl. Baudelocque	15.038	90	0,58
Berlin (Charité)	4.000	18	0,45
Berlin (Clinique univ.) .	3.500	30	0,86
Erlanger	1.000	5	0,50
Halle	2.050	11	0,54
Vienne	2.930	19	0,64
Heidelberg	421	3	0,71
Wurzburg	2.000	17	0,85
Bonn	3.630	31	0,86
Königsberg	1.830	32	1,75
Griefswald	6.800	53	0,79
Iéna	2.533	47	1,88
Bâle	4.799	136	2,83
Kharhoff	2.008	41	2

Sur 15.038 femmes accouchées et délivrées à la clinique Baudelocque, il y a eu 6.096 primipares et 8.942 multipares. L'intervention est de 0,59 0/0 chez les primipares (36 délivrances artificielles sur 6.096 accouchements) et de 0,61 0/0 chez les multipares (54 délivrances sur 8.942 accouchements). Parmi ces dernières, nous relevons trois cas dans lesquels la

délivrance artificielle fut pratiquée lors des accouchements antérieurs.

La délivrance artificielle fut provoquée pour l'hémorragie dans 71 cas, ce qui donne une proportion de 78 0/0. Le placenta adhérent a provoqué l'intervention dans 18 cas, soit dans la proportion de 20 0/0.

OBSERVATION

Observation 1118, ann. 1897.

Utérus cordiforme. Hémorragie pendant la délivrance. Délivrance artificielle. Mort. — D. A..., âgée de 20 ans, primipare, entre à la salle de travail le 27 juin à 2 heures du matin. A marché de bonne heure. Régulée à 14 ans. Régulièrement depuis.

Grossesse. — D. R., 11-15 septembre, pas d'albumine.

Utérus cordiforme, présentation du sommet en G. A. Début du travail, le 26 juin, à 6 heures du soir.

Dilatation complète le 27 juin, à 8 heures du soir, rupture artificielle des membranes : liquide normal. Expulsion du fœtus à 8 h. 30 ; 30 minutes de période d'expulsion. 30 minutes après, le poulx atteint 120. La femme perd une grande quantité de sang, injection vaginale chaude ; l'hémorragie continuant, Mlle Roze fait faire la délivrance artificielle par Mlle Jacquemot. Le placenta étalé, est en partie décollé : l'autre partie est adhérente dans la corne droite et sur la face antérieure de l'utérus. Poulx : 134. Injection intra-utérine consécutive prolongée et chaude, la femme ne perd plus.

Le 28 et le 29, température normale. Le 3, fissure des mamelons et lymphangite légère.

Le soir, injection intra-utérine, le liquide est très clair, ramenant de nombreux débris de petit volume, 20 grammes de sérum A. ; 20 grammes encore à 7 heures du soir. La température est alors de 40° 5, le poulx à 132. Le 30, curettage par M. Bouffe qui retire peu de débris, n'ayant aucune odeur ; le col est tomenteux, couvert d'enduits blanchâtres, dans la moitié de son étendue.

Le 1^{er} juillet, à 10 heures, 39° 4 ; 40 grammes de sérum, vomissements.

A 2 heures, 140 de poulx, 30 R. Température 39° 5 ; 30 grammes sérum A.

A 6 heures du soir, injection intra-utérine ; température : 40° 1. Pouls : 140. Vomissements, diarrhée, cataplasme chaud et onguent napolitain sur l'abdomen. Léger ballonnement, pas de frisson, langue humide. Sérum A, 30 grammes.

A 11 heures du soir, Pouls : 132. K. 24 Température : 39° 6.

Le 2 juillet à 6 h. 30, 39°. 20 grammes sérum A.

10 heures du matin, 39° 5; Pouls : 144.

2 heures. 39° 6. Pouls : 144. 30 centigrammes calomel, 40 grammes sérum A. Bégaïement ; paroles incompréhensibles. Depuis l'injection du calomel, plus de vomissements. Agitation ; une piqûre de morphine sans effet,

2 juillet, la femme n'a plus de diarrhée.

Le 3 juillet, délire, langue humide, sale. 20 grammes sérum A. Une piqûre de morphine.

A 2 heures du soir, 30 grammes sérum.

A 5 heures, 40 grammes sérum. 40 R.

Température : 38° 9 Pouls : 160. A midi, 40° 1 et Pouls 160 ; température, soir : 40° 7 et Pouls : 142. Mort de la femme le 4 juillet à 3 heures du matin.

Autopsie faite par Marmorek. A l'ouverture de la cavité abdominale l'intestin se présente avec une coloration normale sans vascularisation ; léger météorisme, quelques cuillerées de liquide séro-sanguinolent. La vessie distendue contient 600 à 700 grammes de liquide.

Parties génitales normales. Dans l'épaisseur de la paroi postérieure de la vessie, près du trigone, rugosités de couleur brune.

Paroi vaginale saine en apparence ainsi que la cavité utérine dont les parois sont molles et flasques : à la pression, pus phlegmoneux particulièrement à la coupe du côté gauche et au niveau de la corne droite.

Poumon gauche. — Fausses membranes pleurétiques, épanchement séro-sanguinolent comme celui de la cavité abdominale. Poumon œdémateux.

Poumon droit. — Fausses membranes pleurétiques en avant. Adhérences interlobaires.

Cœur petit ; liquide péricardique jaunâtre, limpide : pas de lésions des valvules ni de l'endocarde.

Reins. — Dégénérescence graisseuse.

Capsules surénales : droite, poids : 10 grammes ; gauche, 7 grammes.

Rate : 285 grammes.

Foie : 4.390 grammes. Les culturesensemencées avec du sang ont fourni du streptocoque associé à d'autres microbes.

Lymphangite de l'utérus, pleurésie double récente.

Sur 53 femmes délivrées artificiellement Ahlfeld en a perdues cinq. Mais il fait remarquer que l'intervention n'y est pour rien. Presque dans tous ces cas les femmes étaient déjà en puissance d'infection très prononcée quand la délivrance fut pratiquée. Nous nous demandons si dans notre cas on ne doit pas accuser la malformation utérine de cette infection foudroyante.

MORBIDITÉ

Sur 90 femmes qui ont survécu, la morbidité fut la suivante : 31 femmes présentèrent pendant leur suite de couches une élévation de température (9 primipares, 22 multipares). Chez 26, elle n'a jamais dépassé 38° plus de 2 jours, chez 5 elle a persisté pendant plusieurs jours.

Toutes ces élévations de température ne doivent pas être mises sur le compte de la délivrance artificielle. Nous relevons en effet un certain nombre de lymphangites des seins (6) qui, à elles seules, sont capables d'expliquer cette élévation de température. Les autres cas dans lesquels la température n'a pas persisté ne doivent pas non plus être rapportés à la délivrance ; il suffit en effet d'un trouble intestinal très léger pour expliquer cette élévation momentanée de la température. C'est ce que nous avons constaté en parcourant les observations de ces femmes qui n'ont présenté que ces légères poussées fébriles de 1 ou 2 jours.

Les autres cas — ceux de femmes ayant présenté une élévation de température pendant plusieurs jours — semblent être le résultat de l'infection à la suite de l'intervention. Ceci donne une morbidité de 5,5 0/0.

Il nous a paru intéressant de comparer nos chiffres à ceux obtenus par Brosset pendant la première période du fonctionnement de la clinique Baudelocque, c'est-à-dire jusqu'en 1897. Sur 113 cas de délivrance artificielle qu'il a relevés depuis la fondation de la clinique Baudelocque jusqu'à la fin de l'année 1896, 49 femmes ont présenté une élévation de température, ce

qui donne 43,37 0/0. Dans notre statistique nous ne trouvons que 31 femmes sur 91, ce qui donne 34,06 0/0.

Sur les 49 cas d'élévation de température, 17 reconnaissent comme cause directe la délivrance artificielle, ce qui donne 16 0/0. Dans notre statistique, cette morbidité, imputable à la délivrance artificielle, tombe à 5,5 0 0 (5 cas sur 31).

Que faut-il conclure de cette comparaison, si ce n'est qu'il n'est pas téméraire d'espérer qu'avec nos connaissances actuelles sur les causes de l'infection, cette proportion ira toujours en diminuant.

CONCLUSIONS

La délivrance artificielle est pratiquée :

1° Dans les cas d'hémorragie.

2° Dans les cas de non délivrance spontanée.

3° Dans les cas de rétention placentaire après la délivrance.

Avec nos connaissances actuelles sur l'infection, ses causes et les moyens de la prévenir et combattre, la délivrance artificielle devient l'intervention de choix dans les cas ci-dessus indiqués. C'est, comme le dit M. Varnier, « le procédé *idéal* lorsque la délivrance est dystocique ou compliquée. Elle doit de nos jours, grâce à l'antisepsie, reprendre le premier rang d'où l'avaient fait déchoir à juste titre les complications septiques qui naguère en suivaient si fréquemment l'emploi et dont elle porte encore la peine. Les choses ont changé à un point qu'il est aisé aujourd'hui de démontrer, chiffres en mains, que nul procédé de délivrance ne donne une mortalité et une morbidité plus faible que la délivrance artificielle aseptique ».

VU :

Le président,

PINARD.

VU :

Le doyen,

DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Hippocrate. — OEuvres, Trad. Littré, t. VIII, p. 8.

Soranus. — Traité des maladies des femmes, Trad. Hergott, p. 79, chap. XXII.

Ambroise Paré. — OEuvres.

Louise Bourgeois. — Observations diverses sur la stérilité, fécondité, accouchements, 1642, Chap. XIV.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses, 1694, Chap. VIII

Portal. — Pratique des accouchements, 1682.

Peu. — Pratique des accouchements, 1694.

Puzos. — OEuvres, 1650.

Levet. — Méthode de délivrer les femmes après l'accouchement. Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1757, t. III.

Baudelocque. — Traité des hémorragies internes de l'utérus.

Chantreuil. — Etude sur l'expression utérine comme moyen de délivrance.

Pajot. — Rétention du placenta dans l'utérus (Arch. de Tocol, 1886).

Tournay. — Th. d'Agr., Bruxelles, 1887.

Demelin. — Th. Paris, 1888.

Ahlfeld. — Abwartende Methode oder Crede'scher Handgriff, Leipsig, 1888.

Ahlfeld. — Zeitschrift für Geburtst., 1889.

Ribemond-Dessaignes. — Th. d'Agr., Paris 1883.

Newmann. — Monatschrift für gynec. und obst., 1896.

Abel. — Traitement des hémorragies utérines par rétention placentaire, Soc de méd. de Berlin (Semaine médicale, 1897).

Brossel. — De la délivrance artificielle. Th. de Paris, 1898.

- Varnier.* — De la conduite à tenir pendant la délivrance (Revue d'Obs-
tétr. et de pédiatrie), 1894.
- Pinard.* — Leçons sur la délivrance.
- Varnier.* — Pratique journalière d'accouchements.
- Tarnier et Budin.* — Traité d'accouchements.
- Zangemeister.* — Nouveau procédé de la délivrance (Analyse, Semaine
médicale, 1901).
- Tirutim.* — Statistique de la clinique d'accouchements de la Faculté de
Kharkoff (*in* Journal des accouchements et de gynécologie; 1902, en
russe).
- Ahlfeld.* — Die Blutung bei der Geburt und ihre Folgen für die Frau
(Zeitschrift für Geburt und Gynec.), 1904, pp. 341-364.
- Ahlfeld.* — Manuelle Placentalaösung ohne Gummihandschuhe (Zen-
tralblatt für Gyn.), Leipzig, 1904, XXVIII, 345.
- Baisch.* — Gummihandschuhe bei manuellen Placentalaösungen
(Deutsch. med. Wochenschrift), 1904, n° 6.
- Sitchinsky.* — De l'emploi des gants en obstétrique. En russe.
- Raschkess.* — Les gants en obstétrique (Journal des accouchements et
de gynéc.), 1903, en russe.
- Ginsenberg.* — Die manuelle Entfernung. Thèse de Marbourg, 1900.
- Maygrier.* — De la rétention des membranes après l'accouchement
(L'obstétrique), 1900, p. 444.
- Hochne.* — Ueber puerperale Mortalität und Morbidität in der Koeni-
glichen Universitäts-Frauenklinik in Königsberg, 1898-1902 Th.
1903.
- Hegemann.* — Statistik Geburtshülfflichen Operationen an der koenigl.
Univ. Frauenklinik zu Griefswald, 1878-1903. Thèse 1903.
- Meurice.* — Considérations pathogéniques et thérapeutiques sur les
hémorragies de la délivrance. Belgique, Méd. Gand Haarlem. 1904,
XIV, 143.
- Fonctionnement de la clinique, Baudelocque, 1897-1904.
- Dictionnaire de médecine et de chirurgie. Art. Délivrance. Dict.
des sciences méd. Art. Délivrance.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Historique	3
Indications.	11
Manuel opératoire.	20
Fréquence	30
Observation	32
Morbidité	35
Conclusions	37
Bibliographie	38

Délivances artificielles —

Années	Números	Entrée	Terme de la grossesse	Durée totale du travail	Présentation et position	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Délivrance faite au bout de	Poids du fœtus	
1897	174	G.	à terme	18 h.	O.I.G.A.	4 h.	Tempestive	30 m.	3670	
	243	T.	8 à 9 mois	?	O.I.G.A.	2 h. 35	Art. à D. C.	3 h. 30	2700	
	333	T.	8 à 9 mois	11 h.	O.I.D.P.	1 h. 5	Prématurée	1 h. 25	2120	
	463	T.	à terme	?	O.I.D.P.	9 h. 15	Prématurée	1 h. 40	3500	
	576	T.	à terme	19 h.	O.I.G.T.	1 h. 15	Art. à D. C.	2 h. 15	3900	
	859	T.	8 à 9 mois	21 h.	O.I.D.P.	20 m.	Prématurée	1 h. 25	2200	
	909	T.	à terme	12 h.	O.I.G.A.	35 m.	Prématurée	3 h. 15	2600	
	1118	T.	à terme	15 h.	O.I.G.A.	3 h. 30	Art. à D. C.	45 m.	3380	
	1549	G.	à terme	16 h.	O.I.G.A.	2 h. 10	Précoce	1 h. 35	3380	
	2015	G.	à terme	10 h.	O.I.G.A.	40 m.	Tempestive	1 h. 15	3010	
1898	397	G.	à terme	14 h.	O.I.D.T.	4 h. 20	Art. à D. C.	50 m.	3380	
	499	G.	8 à 9 mois	?	O.I.G.A.	2 h. 30	Précoce	40 m.	2850	
	1852	T.	à terme	15 h.	O.I.G.A.	2 h. 25	Prématurée	1 h. 5	3410	
	2177	G.	à terme	6 h. 35	O.I.D.P.	3 h. 05	Précoce	15 m.	2990	38
	673	G.	8 à 9 mois	13 h.	D.P.	1 h.	Précoce	1 h.	2380	
1899	1040	T.	à terme	?	D.P.	35 m.	Précoce	1 h. 50	3460	
	1816	T.	8 à 9 mois	5 h. 15	G.A.	15 m.	Précoce	1 h. 15	2800	
	1849	T.	à terme	20 h.	G.A.	3 h.	Précoce	30 m.	4350	
	1901	T.	à terme	30 h.	D.T.	20 m.	Précoce	2 h.	2660	
1900	1911	T.	à terme	6 h. 10	G.A.	1 h. 20	Prématurée	40 m.	3720	
	554	T.	à terme	18 h.	G.A.	1 h. 5	Tempestive	30 m.	3170	
	883	T.	à terme	26 h.	G.A.	3 h. 15	Prématurée	45 m.	4350	
	1271	T.	à terme	6 h.	G.A.	50 m.	Art. à D. C.	30 m.	3250	
	2047	T.	à terme	8 h.	G.A.	2 h. 5	Art. à D. C.	1 h.	2870	
	2314	T.	à terme	6 h.	G.A.	25 m.	Prématurée	45 m.	2880	
	805	T.	à terme	14 h.	G.A.	35 m.	Précoce	30 m.	3510	
1901	1015	T.	8 à 9 mois	5 h.	G.A.	1 h. 10	Prématurée	5 m.	3120	
	173	T.	à terme	6 h.	D.P.	3 h.	Art. à D. C.	2 h.	2550	
	520	T.	à terme	7 h.	G.A.	3 h.	Tempestive	1 h.	3820	
1902	732	T.	9 ^e mois	45 h. 30	D.T.	30 m.	Précoce	?	3200	
	1858	G.	à terme	17 h. 30	G.A.	3 h. 30	Précoce	35 m.	3780	
	1932	T.	à terme	7 h.	D.P.	40 m.	Précoce	40 m.	3450	
	134	G.	à terme	?	G.A.	2 h. 45	Art. à D. C.	1 h. 45	3100	
	109	T.	9 ^e mois	?	G.A.	?	Prématurée	20 m.	3700	
1904	206	T.	9 ^e mois	25 h.	G.A.	20 m.	Art. à D. C.	40 m.	2200	Ent
	477	G.	à terme	7 h. 30	G.A.	2 h. 10	Prématurée	30 m.	3160	

rtie A — Primipares

température	OBSERVATIONS
N. N. 37°6	Hémorrh. très abondante après acc. Placenta en partie adhérent. Légère hémorrhagie Pouls : 95. Placenta adhérent sur face ant. utér. Fibrome sous-péritonéal de l'utérus. Dél. art. pour hémorrhagie. Portion de placenta adhérente dans la zone fibromateuse.
T. Ma. 37°6 T. Ma 38°7	Fibrome du fond de l'utérus. Dél. art. pour hémorrhagie (S.A). Introd. de la main dans l'utérus pour retirer placenta décollé, mais retenu par membranes adhérentes.
N. N.	Légère hémorrhagie. Placenta adhérent à face ant. de l'utérus et corne gauche. Placenta adhérent sur face antér. et corne droite de l'utérus. Délivr. pour longueur de temps écoulé.
dessus de 40°	Femme morte le sixième jour (voir obs.). Hémorrhagie pend. période de délivrance. Une partie du placenta est adhérente dans la corne droite et sur la face ant. de l'utérus.
T. Ma. 37°6	Délivr. pour hémorrhagie Pouls : 108. Placenta inséré sur la partie droite de l'utérus en avant et en arrière.
N. N. N.	Présentation du placenta par un bord. Hémorrhagie. Placenta adhérent. Albuminurie de la grossesse. Délivrance artific. pour hémorrh. Diam. pr. s. p. 111 mm. Femme albuminurique pendant la grossesse. Placenta inséré sur la face antérieure, non décollé (S.)
N.	Traces d'albumine pendant le travail. Délivrance faite à cause de temps écoulé. Placenta partiellement adhérent à la face antérieure de l'utérus et un peu à gauche.
e huitième jour	Utérus fibromateux. Délivrance artificielle pour hémorrhagie. Pouls : 120. Placenta adhérent sur la face postéro-latérale droite de l'utérus.
N.	0,50 d'albumine pendant derniers jours de la grossesse.
T. 37°3	Délivrance pour hémorrhagie. Enchatonnement du placenta dans corne droite.
N.	Adhérences du placenta dans corne droite.
T. 39°	Hémorrhagie. Sérums, 800 grammes Température au-dessus de 38° les cinquième, huitième, neuvième, dixième et onzième jours.
N.	Bassin vicié. Enchatonnement du placenta dans corne droite.
N.	Hémorrhagie.
N.	Délivrance pour hémorrhagie.
38° à 38°9	Délivrance pour hémorrhagie.
N.	Délivrance pour hémorrhagie.
N.	Délivrance pour adhérence placentaire.
N.	Délivrance pour hémorrhagie.
N.	Hémorrhagie.
N.	Hémorrhagie.
N.	Hémorrhagie.
ne fois 38°8	Hémorrhagie. Lymphangite du sein.
Une fois 39°	Hémorrhagie.
Une fois 39°	Hémorrhagie.
Une fois 38°	Hémorrhagie.
N.	Hémorrhagie.
N.	Hémorrhagie.
39° et 40° les 5°, 6° et 7° jours	Hémorrhagie. Lymphangite des deux seins.
37°6	Hémorrhagie.

Années	Números	Parité	Entrée	Terme de la grossesse	Durée totale du travail	Présentation et position	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Délivrance faite au bout de	Poids du fœtus
1897	259	V	T.	à terme	9 h. 30 m.	O.I.G.A.	30 minutes			
	317	II	T.	à terme	3 h. 45 m.	O.I.G.A.	1 h. 15 m.	Tardive Tempestive	1 heure 3 heures	440 345
	340	IV	T.	à terme	3 heures	O.I.G.A.	?			
	350	VIII	T.	à terme	?	O.I.D.P.	15 minutes	Tempestive Précoce	1 h. 5 m. 5 minutes	417 360
	718	II	T.	8 à 9 mois	4 heures	O.I.G.A.	25 minutes	Art. à D. C.	1 h. 50 m.	314
	816	IV	T.	à terme	5 heures	O.I.G.A.	40 minutes	Art. à D. C.	40 minutes	492
	867	V	T.	8 à 9 mois	11 h. 30 m.	O.I.D.P.	5 minutes	Art. à D. C.	25 minutes	252
	881	IV	T.	à terme	?	O.I.G.A.	15 minutes	Art. à D. C.	1 h. 30 m.	330
	1351	II	G.	à terme	12 h. 40 m.	O.I.D.P.	10 minutes	Prématurée.	35 minutes	348
	1424	IV	G.	à terme	15 heures	O.I.G.A.	5 minutes	Art. à D. C.	1 h. 15 m.	351
	1986	VIII	G.	à terme	10 heures	O.I.D.P.	10 minutes	Tempestive	50 minutes	367
	2053	III	G.	à terme	?	O.I.G.A.	1 heure	Précoce	55 minutes	415
	2122	IX	G.	à terme	10 heures	O.I.G.A.	30 minutes	Précoce	1 heure	380
	2174	XI	T.	à terme	23 heures	O.I.G.A.	?	Précoce	5 minutes	357
	2240	VI	G.	à terme	16 h. 15 m.	O.I.D.P.	1 h. 15 m.	Précoce	10 minutes	383
1898	72	V	T.	7 à 8 mois	15 h. 50 m.	O.P.	30 minutes	Précoce	Immédiate.	237
	815	IV	T.	à terme	?	O.I.G.A.	5 minutes	Prématurée	Bord 30 min.	310
	1128	II	T.	à terme	13 h. 30 m.	O.I.G.A.	?	Art. à D. C.	35 minutes	285
	1558	IV	G.	à terme	11 h. 45 m.	O.I.G.A.	45 minutes	Précoce	1 h. 15 m.	342
	1564	III	T.	à terme	13 h. 15 m.	O.I.G.A.	?	Tempestive	30 minutes	400
	1943	III	Acc.	à terme	?	?	?	?	12 heures	443
	1998	VII	T.	à terme	6 heures	O.I.G.A.	10 minutes	Tempestive	55 minutes	364
1899	452	II	T.	7 ^e mois	1 h. 30 m.	G.A. ?	1 heure	Précoce	?	270
	458	V	T.	à terme	15 h. 45 m.	G.T.	45 minutes	Précoce	40 minutes	423
	764	V	G.	8 à 9 mois	6 h. 20 m.	G.A.	10 minutes	Précoce	30 minutes	275
	1330	V	G.	à terme	2 h. 45 m.	D.P.	10 minutes	Précoce	45 minutes	450
	1520	IX	T.	6 m. environ	8 heures	G.A.	?	?	1 heure ?	
	2107	II	T.	à terme	16 h. 10 m.	D.P.	4 h. 10 m.	Précoce	30 minutes	432
	253	II	T.	à terme	12 heures	D.P.	35 minutes	Art. à D. C.	20 minutes	409
1900	730	II	T.	à terme	? heures	G.A.	30 minutes	Art. à D. C.	35 minutes	303
	941	II	T.	à terme	12 heures	G.A.	55 minutes	Précoce	1 h. 30 m.	390
	182	T.	à terme	5 jours		D.P.	15 minutes	Précoce	5 minutes	353
1901	668	III	T.	à terme	?	D.P.	30 minutes	Prématurée?	35 minutes	G.346
	869	IV	G.	à terme	?	G.A.	30 minutes	Art. à D. C.	?	F.312
	893	II	T.	8 à 9 mois	5 heures	G.A.	15 minutes	Art. à D. C.	45 minutes	G.346
	1032	V	G.	8 à 9 mois	7 h. 20 m.	G.A.	5 minutes	Prématurée	50 minutes	G.320
	1475	III	G.	à terme	15 h. 10 m.	D.P.	10 minutes	Art. à D. C.	1 h. 10 m.	F.314
	1889	VII	T.	à terme	3 h. 30 m.	D.P.	5 minutes	Tempestive	1 heure	F.252
	2078	X	T.	8 à 9 mois	2 heures	G.A.	1 heure	Tempestive	2 h. 45 m.	F.331
	163	G.	à terme	13 heures		G.T.	4 h. 45 m.	Tempestive	35 minutes	F.375
	606	T.	à terme	9 heures		G.A.	55 minutes	Art. à D. C.	2 h. 30 m.	G.404
	1046	T.	à terme	17 h. 5 m.		G.A.	40 minutes	Précoce	25 minutes	348
1903	1363	T.	à terme	12 h. 15 m.		G.A.	5 minutes	Prématurée	55 minutes	283
	81	V	T.	9 ^e mois	4 heures	G.A.	50 minutes	Art. à D. C.	1 h. 15 m.	443
	231	II	T.	à terme	12 h. 20 m.	D.A.	20 minutes	Art. à D. C.	30 minutes	356
	346	VI	T.	à terme	1 h. 20 m.	G.A.	5 minutes	Tempestive	45 minutes	G.375
	504	II	T.	à terme	11 heures	G.A.	1 heure	Art. à D. C.	1 heure	G.353
	505	T.	à terme	6 h. 15 m.		G.A.	30 minutes	Prématurée	1 h. 25 m.	G.349
	4179	T.	9 ^e mois	3 h. 30 m.		D.P.	35 minutes	Tempestive	30 minutes	F.330
1904	2020	G.	9 ^e mois	17 h. 5 m.		G.T.	20 minutes	Art. à D. C.	1 h. 5 m.	328
	120	II	G.	9 ^e mois	4 heures	G.A.	10 minutes	Art. à D. C.	15 minutes	326
	448	II	G.	9 ^e mois	15 h. 25 m.	?	3 h. 25 m.	Prématurée	55 minutes	F.360
	644	II	G.	9 ^e mois	7 h. 20 m.	G.A.	10 minutes	Art. à D. C.	50 minutes	299
	663	IV	T.	9 ^e mois	8 h. 30 m.	D.P.	30 minutes	Prématurée	?	G.250

Température	OBSERVATIONS
N. 38° 8	Délivrance pour hémorragie. Placenta adhérent surtout à gauche. Délivr. art. lors du prem. acc. n° 4319 de 1895. Délivr. pour hémorr. Placenta adhérent sur bord droit et face antérieure. Une fois 38° 8 le prem. jour. Injection intra-utérine.
N. 38° 38° 5	Délivrance pour hémorragie. Liquide purée et fétide. Délivr. presque immédiate. (S.) 38° une fois le deuxième jour. Délivr. pour hémorr. Adhérence anormale du placenta. Une fois 38° 5 le huitième jour (lymphangite).
N. T. Ma 38° 5	Délivr. art. faite pour hémorr. Cette même opération a été nécessaire lors du deuxième et du troisième acc. qui a eu lieu à Baudeloque (n° 48 de 1896). Placenta en partie adhérent dans la corne utérine droite. Deux injections intra-utérines. Suites de couches (S. A. C.).
T. Ma 37° 6 N. N.	Hémorragie. Placenta partiellement adhérent dans une corne. Une portion du placenta adhérente dans la corne droite (S). Femme perdant du sang au cours de l'accouchement. Placenta en partie adhérent dans la corne droite de l'utérus. La délivr. art. a été pratiquée lors du deux. et du trois. acc.
N. T. Ma 40°	Délivrance art. pour hémorr. Placenta inséré sur la face antérieure et dans les cornes. Hémorr. pendant huit jours au troisième mois de la grossesse. Délivr. art. pour hémorr. Placenta inséré sur face post. de l'utérus. Temp. dépassant 38° les deuxième, troisième, quatrième jours. Curettage le troisième jour (S. A. C.).
T. Ma 38° 2 T. Ma 39°	Délivrance artif. pour hémorragie. Placenta partiellement adhérent. Temp. 38° le quatrième et 38° 2 le huitième jour. Délivrance artif. pour hémorr. utérine. Temp. dépassant 38° les deuxième, troisième et quatrième jours. 5 inj. intra-utérines (formol) pendant les suites de couches.
T. Ma 38° 4 N. N. N. N.	Placenta partiellement adhérent. Une fois 38° 5 le deuxième jour. Une inject. intra-utérine au formol les deuxième et troisième jours (S. A. C.). Femme albuminurique. Hémorragie grave. Enfant mort pendant le travail. Femme venue du dehors. Placenta presque totalement décollé, un cotylédon reste adhérent dans la corne gauche. Hémorragie très abondante.
N. Pathologique. N.	Hémorragie 1 h. 30 après l'accouchement. Placenta partiellement adhérent dans la corne utérine droite. Deux prem. gross.: avortement. Curettage. Trois. acc. normal : hémorragie. Délivr. art. pour non-décollement du placenta. Adhérences anormales. Hémorragie. Curage digital sous chloroforme.
N. T. Ma 38° 5 T. T. 38° 2 N. N. N. 38° à 38° 9 38° à 38° 9 N. 40° 2 fois 37° 9 N. T. Ma 38° 3 N. 37° 6 N. N. 1 fois 38° 4 N. T. Ma 39° 4 T. Ma 37° 8 39° 4 le 9 ^e jour. 39° 4 le 7 ^e jour. 37° 6 37° 8 37° 6 N. N. 37° 6 N. T. Ma 38° 4 N.	Délivrance artificielle pour hémorragie abondante. Petite hémorragie secondaire. Femme accouchée en ville, arrivée exsangue dans le service. A la suite du cinquième acc., accidents infectieux pour délivr. incomplète. Délivr. artif. pour phénom. hémorr. Adhérences anormales du placenta dans la corne droite. Hémorragie. 38° le premier jour, 38° 5 le deuxième jour. Délivrance pour hémorragie. Placenta sur face antérieure. Lymphangite du sein gauche le quatrième jour. Délivrance pour hémorragie. Adhérences du placenta. Enfant macéré. Enchatonnement du placenta. Délivrance pour hémorragie. Délivrance pour hémorragie. Délivrance pour adhérence placentaire. Enfant morte pendant le travail. Longueur du travail ? Fétidité. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie, adhérence placentaire. Hémorragie. Adhérence placentaire. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie. 39° 4 le neuvième jour (lymphangite du sein). Hémorragie. 39° 4 le septième jour (lymphangite du sein). Hémorragie. Adhérence-Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie. Hémorragie (Cotylédon accessoire). Hémorragie. Hémorragie. Albuminurie. Fœtus mort pendant le travail. Procidence d'un bras et d'un pied. Hémorragie.